

# 打開潘朵拉的盒子：安樂死在荷蘭

國立中央大學 哲學研究所 博士生 時國銘

## 壹、前言

**從**今年（2002）4月1日起，荷蘭的安樂死法律正式生效，這使得荷蘭成為全球第一個將安樂死除罪化（decriminalization）的現代國家（註一）。就文明社會而言，荷蘭的新法無疑是一大「突破」，它不但挑戰文明的禁忌，衝擊尊重生命的價值觀，同時改寫傳統的醫生守則，並對社會大眾的生存形成一種微妙的心理威脅。在這裡，我們見證著現代民主國家正處於邁向極端的轉折點上，現代國家的功能除了保障人民的生存之外，原來還可以用來協助人民結束生命。

荷蘭的安樂死法律有極為堅實的社會基礎，1998年的一項民調即顯示，有92%的荷蘭人支持安樂死（註二）。事實上，這一議題在荷蘭已經過四十餘年的公開辯論，其間因社會共識的凝聚，以及司法系統與醫療組織的支持，安樂死逐漸成為雖違法卻受到容忍的醫療行為。因此，今年

開始生效的這一新法，其實並無新意可言，只是把社會上行之多年的慣行寫入法律，從而納入司法的規範罷了。諷刺的是，這一現象是二戰期間納粹德國佔領下的荷蘭醫生所極力抗拒的（註三）。在半個世紀之內，荷蘭社會竟然可以從一個極端走到另一個極端，其變動之大與時間之短，在在都令人動容，不免使人好奇這到底是一個怎樣的社會。在荷蘭，安樂死議題所涉及的範圍之廣，幾乎涵蓋社會生活的所有層面，舉凡醫學、倫理、法律、宗教、政治和媒體等領域，都成為人們論辯的角力戰場。本文的討論鎖定在倫理和法律領域，底下將先介紹荷蘭的安樂死法律，其次採取歷史回顧的方式，重點檢視安樂死議題在荷蘭的發展，最後在上述討論的基礎上進行初步的反省。

## 貳、荷蘭的安樂死法律

我們一般所說的荷蘭的安樂死法律，是指荷蘭國會通過的有關安樂死的配套措

施暨相關法律修正案，其正式名稱為「在要求下結束生命與協助自殺之審查程序及刑法與殯葬條例之修訂」，簡稱「在要求下結束生命與協助自殺（審查程序）條例」（註四）。該法案於 2000 年 11 月 28 日，經荷蘭下議院以 104 票贊成、40 票反對的結果通過，接著在 2001 年 4 月 10 日，上議院以 46 票贊成、28 票反對的比例支持該法案，並從 2002 年 4 月 1 日起正式實施。法案共分 5 章 24 項條文，主要內容如下：

### 修訂刑法

《第 20 條》：刑法應修訂如下，第 293 條應改為：

1. 某人在他人之明確而堅定的要求下結束其生命，應處 12 年以下有期徒刑，或第 5 類之罰鍰。
2. 第一款述及之罪行將不予懲罰，假使此一罪行是由醫師所犯下，且該醫師遵守「在要求下結束生命與協助自殺（審查程序）條例」中適當照護之規定，並依據殯葬條例第 7 條第二款向當地法醫通報此事。

第 294 條應改為：

1. 某人有意鼓動他人自殺，當自殺情事得到確認時，應處 3 年以下有期徒刑，或第 4 類之罰鍰。
2. 某人有意協助他人自殺或為他人取得自殺之工具，當自殺情事得到確認時，應處 3 年以下有期徒刑，或第 4

類之罰鍰 第 293 條第二款如作適當之變動，適用於此。

### 修訂殯葬條例

《第 21 條》：殯葬條例應修訂如下（按：底下只列出部分修訂條文），

第 7 條應改為：

1. 執行驗屍工作者應發出死亡證明書，假使他確信此為自然原因所導致之結果。
2. 假使死亡是刑法第 293 條第二款或第 294 條第二款第二句述及之在要求下結束生命或協助自殺之施行結果，則主事之醫師不應發出死亡證明書，並應立即填寫表格向當地法醫通報死因。該醫師應在通報表格之外，補送有關適當遵守「在要求下結束生命與協助自殺（審查程序）條例」第二條中適當照護之規定之合理報告。
3. 假使主事醫師在第二款述及的情況之外，相信他可以不出發死亡證明書，他必須立即填寫表格向當地法醫通報此事。

第 10 條應改為：

1. 假使當地法醫認為他不能發出死亡證明書，他應立即填寫表格向檢察官報告此事，並應立即通報負責登錄出生、死亡和婚姻之官員。
2. 在第 7 條第二款述及且不違背第一款的通報情況下，當地法醫應立即填

寫表格向「在要求下結束生命與協助自殺（審查程序）條例」第 3 條述及之區域審查委員會報告。他應檢附第 7 條第二款述及之合理報告。

### 適當照護之規定

《第 2 條》：

1. 適當照護之規定，即刑法第 293 條第二款所述及者，意指醫師：
  - a. 確信病患所提出之要求是自願的和深思熟慮的，
  - b. 確信病患之痛苦是持續的和不能忍受的，
  - c. 已告知病患其狀況和展望，
  - d. 而且病患確信其所處之狀況沒有其他合理的解決途徑，
  - e. 已徵詢至少一位獨立之醫師，該醫師已見過病患，並就 a 項至 d 項述及之適當照護之規定以書面形式提出其意見，並且
  - f. 以適當照護之方式，結束一生命或協助自殺。
2. 假使病患是 16 歲或以上之年齡，且不能再表達其意願，但在此之前病患被認定對其利益有合理之理解，並已寫下要求結束生命之書面聲明，則醫師可執行此一要求。第一款述及之適當照護之規定，如作適當之變動，適用於此。
3. 假使未成年病患之年齡已達 16 歲至

18 歲之間，並可被認定對其利益有合理之理解，則在其父母行使其職權且/或其監護人參與決定過程之後，醫師可執行病患之結束生命或協助自殺之要求。

4. 假使未成年病患之年齡在 12 歲至 16 歲之間，並可被認定對其利益有合理之理解，則醫師可執行病患之要求，只要其父母行使其職權且/或其監護人同意結束生命或協助自殺。第二款如作適當之變動，適用於此。

### 區域審查委員會

《第 3 條》：

1. 應設有區域委員會，以審查刑法第 293 條第二款或第 294 條第二款第二句述及之在要求下結束生命與協助自殺之通報案例。
2. 委員會由奇數成員組成，成員包括一位法律專家並兼任主席、一位醫師和一位倫理學或哲學專家。委員會也包括前述諸成員之代理人。

《第 8 條》：

1. 委員會依據殯葬條例第 7 條第二款述及之報告，以評估在要求下結束生命或協助自殺之醫師是否按照第 2 條述及之適當照護之規定而行為。
2. 委員會可要求醫師以書面或口頭補充說明其報告，假使這對正確評估醫師之行為有必要的話。

3. 委員會可向當地法醫、被徵詢醫師或涉入之照護人員查詢，假使這對正確評估醫師之行為有必要的話。

《第 9 條》：

1. 委員會在收到第 8 條第一款述及之報告 6 週之內，以書面形式將其意見通知醫師。

2. 委員會將其意見通知檢察總署和區域保健稽查員：

a. 假使委員會認為醫師未按照第 2 條述及之適當照護之規定而行為；或者

b. 假使發生殯葬條例第 12 條最後一句述及之情況。

委員會應將此事通知醫師。

3. 第一款述及之期限至多可再延長 6 週，並以一次為限。委員會應將此事通知醫師。

4. 委員會可對其意見向醫師提出進一步之口頭說明，此一口頭說明可在委員會或醫師之要求下提出。

《第 10 條》：

委員會有義務在檢察官之要求下提供所有資訊給檢察官，他需要這些資訊：

1. 是為了評估第 9 條第二款述及之案例中醫師之行為；或者

2. 是為了調查犯罪。

委員會應將其提供資訊給檢察官一事通知醫師。

《第 17 條》：

1. 在 4 月 1 日之前，諸委員會就其去年度之活動向本部部長提出聯合年度報告。本部部長應依部會法規為此訂立範例。

2. 第一款述及之活動報告應包括下列各項：

a. 委員會已對其提出意見之在要求下結束生命與協助自殺之報告案例數量；

b. 這些案例之性質；

c. 有關之意見和考量。（註五）

綜觀法案全文，其中並無一般常用的「安樂死」字眼，這當然是提案者為避免困擾而有意為之，不過，如果依據安樂死的常見分類來看，即自願被動安樂死、自願主動安樂死、非自願被動安樂死和非自願主動安樂死等類型（註六），那麼荷蘭這一法案所規範的，除了協助自殺之外，便是自願主動安樂死。至於這一法案的特色，我們可以底下幾點來說明：依據修訂後的刑法第 293 條和第 294 條之規定，協助他人自殺或在要求下結束他人生命的行為仍屬違法，但行為者如為醫師，可不予懲罰，條件是該醫師須：a. 遵守適當照護之規定；b. 依法通報當地法醫。適當照護之規定強調：a. 病患的知情要求，即病患充分了解其自身狀況和治癒無望，並自願提出要求；b. 病患痛苦的性質，即持續而不能忍受的，這由病患自己所認定，因而也是主觀的；c. 另一醫師的參與，目

的在充當見證人，並避免主事醫師獨斷獨行；d. 書面聲明的有效性，這是為了處理心智喪失或昏迷的情況；e. 未成年人亦可提出要求，但須取得父母且/或監護人的同意。協助自殺或在要求下結束生命並非醫師的義務或責任，醫師保有自主權，換言之，儘管符合適當照護之規定，醫師仍可不予處置。設立審查機制，醫師是否遵守適當照護之規定，由區域審查委員會加以評估，結果若是肯定的，案件便以不起訴告終，結果若是否定的，將進一步交由檢察單位審理，以決定是否起訴醫師。

檢察官仍有主動調查權，如懷疑醫師未依法行為，檢察官可主動介入調查。審查委員會須提出年度報告，相關資料對社會大眾因而是公開的。

### 參、安樂死議題在荷蘭之發展

安樂死議題在荷蘭的發展，1975 年是一重要的分界線。在這一年，荷蘭最高法院、荷蘭皇家醫學協會（KNMG）和政府衛生部門在安樂死議題上終於達成共識，而且，此後有關安樂死的爭論趨於定性，不再出現激烈的意見變動。在 1975 年之前，荷蘭的安樂死議題的發展可以分成三個階段，第一階段從 1940 年代到 1970 年左右，第二階段從 1969 年到 1973 年，第三階段則從 1973 年到 1975 年。我們接下來即簡要論述此一發展過程，參考文獻主要是荷蘭學者 Rob Houtepen 的研究成果(註七)

二戰結束之後，荷蘭皇家醫學協會在 1949 年的第一百屆年度會議中，首度討論醫療倫理學的性質課題。大會將醫療倫理學明確界定為醫師的行為守則，其中有關安樂死的部分，主要是依據「絕對尊重人類生命」原則而形成，要求醫師必須以保護生命為職責，絕對不可為了減輕病患的痛苦而結束其生命，或為了避免增加病患的痛苦而不予其必要的療程。這一立場是西方傳統的醫師倫理之重新宣示，同時也是經歷納粹暴行後西方國家刻意標舉的時代價值觀。然而，隨著醫療技術的進步，這一傳統觀點開始受到質疑。在 1959 年，精神病學家 Rinke 首先發難，他在一場題為「我們是否適時死去？」的演講裡，指出這一問題之所以逐漸受到關注，主要是因為復甦術(resuscitation)的出現以及老年醫學的發展。此後，復甦術成為安樂死議題的核心概念，在 1959 年和 1960 年的爭論中，一個廣為討論的問題便是：是否應將停止或不予復甦術視為安樂死的行為。面對這些醫療技術所衍生的新問題，當時的醫學界普遍認為有必要制訂新的醫療倫理守則，以便醫師在使用或不用復甦術時有所依循，而司法界也開始出現雜音，荷蘭最高法院檢察長 Langemeijer 即表示，荷蘭禁止安樂死和協助自殺的法律並不適用於病患拒絕治療和停止復甦術的情況。

在這一階段，大多數參與論戰的醫師

和法律學者，都認同復甦術的倫理議題觸及到人類基本的生存問題，即有關生命的意義和死亡的接受等問題，並有意將討論範圍限制在這些問題上。事實上，這些核心議題是由荷蘭著名的天主教神學家 Sporken 所設定的，他領導著一個由天主教醫師和倫理學者所組成的討論小組，專研醫療倫理學的相關議題，對於當時的安樂死爭論影響極大。Sporken 提出許多重要的思考進路，諸如醫療行為的目的、利益和痛苦的平衡、病患賦予自己的生命以意義的主觀可能性，以及個人生命蘊含的群體利益等等，並主張傳統的「絕對尊重人類生命」原則固然不應改變，但其中的「生命」卻不必只是一生物學概念，我們可以且應該強調生命的意義側面。按照這一思路，Sporken 意在推動一種思維轉向，亦即將人類視對抗疾病和死亡為理所當然的態度轉為接受死亡。這一觀點直接挑戰傳統醫療倫理學的架構，並要求超越這一架構來解決問題，在當時不但獲得非醫科學者的支持，例如哲學家 Tellegen 即指出，隨著社會的巨大變革和醫療技術的大幅進步，醫療倫理學勢必得徹底改變，否則無法因應時代的新問題；而且也受到許多醫師的肯定，例如在 1968 年，心臟移植技術引發許多重大問題，如死亡的定義、延長病患生命的需要等等，為了解決這些問題，醫師 van Osch 特別組織聯合委員會進行研究，成員包括醫師、哲學家、

倫理學家和律師，這是在生命倫理學的領域中，荷蘭早期出現的較為完整的跨學科研究。沿著這一思路前進，在理論上必定會走向支持安樂死的結論，事實果然也是如此，當時有許多學者便支持安樂死，他們提出的理由或是基於生命的意義，或是訴諸死亡權和自決權。針對這一激進立場，反對者多半舉出歷史事實加以反駁，他們試圖喚起人們對納粹的安樂死計畫的記憶，提醒人們千萬不能重蹈覆轍。至於在醫學界內，改革的聲浪也逐漸出現，不過卻傾向溫和路線，醫師們多認為只要調整傳統醫療倫理學的架構，即可應付新問題，其調整方向大略有三：1. 拋棄醫師的家長主義 (paternalism) 作風；2. 讓病患承擔更多責任；3. 強調醫師與醫師間以及醫師與病患間的諮詢協商。

在 1969 年之後，論戰的主導權逐漸從醫師的手中轉移到倫理學者和法律學者手中，這與安樂死議題的特性有關，同時也是傳統醫療倫理學無法處理安樂死問題的自然結果。在同一年，神經學家 Prick 提出的觀點預告了未來的意見主流，他認為隨著復甦術和相關醫療技術的出現，保護生命的傳統醫療義務已站不住腳，在面對生命的終結問題時，醫師的職責必須從三方面重新加以規定：1. 保護有意義的生命：醫師應尊重病患的意願；2. 減輕痛苦：減輕病痛的療程應予以肯定，即使這會導致縮短生命的結果；3. 主導死亡過程：病

患擁有自主權和死亡權。Prick 的論點引起廣泛的討論，反對者多堅守「絕對尊重人類生命」的立場，擔憂終結生命的決定權一旦交到醫師的手中，將會引起不堪設想的滑坡效應（a slippery slope effect）。相反地，支持者的態度多半是樂觀的，例如律師 de Bruyn 指出，這一醫療倫理學的轉向將會使醫療責任由醫師、倫理學者、宗教領袖和心理學家等人分攤，而不再只由醫師個人承擔，因此可以避免誤用的可能。於是，安樂死逐漸成為一項社會議題，並與社會的價值觀掛鉤。

在第二階段的論戰中，學者們大多認同在生死決斷的議題上，個人倫理學（individual ethics）必須立足於社會倫理學（social ethics）之上。在這裡，倫理學被定性為一種發展性學科，醫療倫理原則因而不再是永恆不變的，而是必須隨著社會的腳步前進，並反映社會文化的變革的。相較於這些前衛的思想，當時的醫學界顯得相當保守，多數醫師仍固守原有的醫師守則，不願承認醫學的社會特性和倫理特性。於是，這一階段的安樂死論戰便表現為倫理學家走在時代的前端，並回頭衝擊著醫學界的保守勢力。當時，有一批倫理學者著力於基本倫理原則的反省，其中許多激進的學者特別強調安樂死的私密性，例如 Klever 主張，在醫療倫理學中，自主性原則是最重要的原則，個人的權利和利益處於倫理思考的中心，按此思

路，安樂死便成為私事，由當事者自己決定，而醫師所扮演的不過是執行者的角色。不過，多數學者還是傾向於突出倫理的社會側面，將醫療責任等同社會責任，強調醫療行為的社會後果。在 1970 年，Sporken 順著他自己的一貫思路，進一步提出二點新的思想元素，其一是強調病患的自主性以及醫病之間的互動關係，其二是他不再譴責主動安樂死，同時主張主動安樂死和被動安樂死在道德上並無區別。由於後一主張的影響極大，有必要稍加補充說明。Sporken 指出，這一論點若要成立，必須滿足三項要件，即：1. 病患處於異常的情況之下；2. 病患始終都受到末期照護（terminal care）；3. 病患經受著不人道的病痛。此外，Sporken 還強調，他的主張屬於倫理學範疇，其用意不在推動主動安樂死的合法化，他認為法律跟隨在倫理學之後，倫理學至今尚未解決安樂死問題，在現階段討論安樂死的立法問題還言之過早。不過，對法律學者而言，安樂死的立法問題才是最重要的，當時在司法界便存在著一股推動安樂死合法化的力量，許多法律學者都要求將醫師與病患的決斷權納入社會控制之下。此外，也有學者強調經濟的觀點，例如法律學者 Ekelmans 便從人口政策和醫療資源分配的角度探討安樂死問題。

在 1972 年之後，許多機構團體和政府的委員會開始加入論戰，同時法律學者也

逐漸取得主導權。在這一階段，論戰的主軸是主動安樂死，焦點則轉向醫師所應遵循的正當程序上。對此，法律學者提出的解決架構是：1.承認安樂死議題的社會特性；2.以病患的自主性為首要原則；3.承認醫師有自主性，並扮演著不可或缺的角色。在凝聚這一共識的過程中，法律學者探討了各種相關議題。首先，在1970年，van Till 提議以契約觀點來界定醫病關係，其目的是要在現實層面提供一決斷架構，透過病患的自主決定權來解決道德兩難的問題。其次，順著這一醫療法律進路，法律學者有意避開生命價值的倫理爭議，將價值問題交給病患個人決定，因此在法律架構之下，醫師有其專業自主權，病患也有其自主權，可以自決生死。第三，在1972年，Rang 開始研究醫師在安樂死議題上所扮演的角色，他認為安樂死在司法上確可得到證成，條件是醫師必須是安樂死的執行者，Ekelmans 則進一步探討起訴醫師的問題，他主張在某些緊急狀況下，執行安樂死的醫師可以不被起訴。第四，在1973年，van Till 提出一組規範安樂死行為的指導原則，包括：無法治癒的疾病、無法忍受的痛苦、無其他解決的可能性、得到另一醫療意見的支持、符合病患的利益並得到病患的同意。這些原則可說是當時支持安樂死的學者們的共識，後來甚至還被法院所採納。

經過數十年的爭論之後，在安樂死的

議題上，醫療倫理學歷經質疑、批判和重建的過程，最後又回到行為守則的原點上，這是在實踐層面上，倫理學必須歸結出的結論。在這裡，法律學者扮演著推波助瀾的角色，然而，由於事關生死與刑事問題，若要醫師卸除觸法的疑慮而接受這些行為守則，顯然還需機構團體的背書。在1972年，荷蘭最大的基督教教會（荷蘭改革教會）支持被動安樂死有條件的合法化。在1970年，衛生部設立安樂死研究委員會，三年後該委員會發表研究報告指出，主動安樂死應予禁止，被動安樂死則有時可被允許，對此，社會價值儘管呈現分歧現象，但還是可以依據一般接受的道德原則建立行為準則，這些道德原則包括尊重人類生命、承認個人權利以及社會利益。1971年，女醫生 Geertruida Postma 為其母親執行安樂死，遭法院依刑法第293條起訴，法院於1973年判決該醫師有罪，並處以一週徒刑和一年緩刑的刑責，這一判例透露出司法系統對安樂死的寬容態度。同一年，「荷蘭自願安樂死協會」成立，自願安樂死合法化的問題逐漸受到社會大眾的關注，繼而荷蘭皇家醫學協會呼應 Postma 判決，主張在刑法第293條維持不變的情況之下，仍可容許安樂死。1975年，該協會發表安樂死研究報告，其要點包括：1.承認社會價值觀的最後裁決權，建議安樂死問題必須由社會大眾做出決斷；2.支持以契約觀點界定醫病關係；3.



承認病患拒絕治療的權利，醫師有告知病情的義務；4. 針對主動安樂死和被動安樂死，為醫師制訂正確執行程序的判定準則。此後數年間，安樂死案件層出不窮，為確立審判依據，鹿特丹法院於 1981 年，首次明訂涉及協助自殺和自願安樂死的醫師可不予起訴的判準。在 1984 年，荷蘭最高法院裁定，只要遵守荷蘭皇家醫學協會所制訂的安樂死行為準則，執行醫師便可不予起訴，這些行為準則後來成為「在要求下結束生命與協助自殺（審查程序）條例」中適當照護規定的主要內容。在 1990 年，針對安樂死的通報程序，荷蘭皇家醫學協會與法務部達成協議，規定執行安樂死的醫師必須向當地法醫通報案情。1993 年，荷蘭國會確立此一通報程序的法律地位。（註八）此後，安樂死議題在荷蘭的發展，距離最終的立法目標便只剩下一步之遙了。

#### 肆、批評與省思

從實踐的觀點說，荷蘭的安樂死制度之所以從 1970 年代起即醞釀成形，以至於在 2001 年通過立法，除了社會大眾的支持之外，還與荷蘭的二項醫療制度有關：其一是完善的全民健保制度，荷蘭人幾乎都能獲得免費的醫療照護，這使得經濟負擔不可能成為人們尋求安樂死的主要動機。其二是密切的醫病關係，荷蘭的醫師和病患通常都因長期接觸而維持著密切的關

係，這使得雙方在遭遇安樂死問題時，都能嚴肅面對，並經由諮商討論，醫師能夠確實掌握病患的狀況和要求，病患也能充分獲知自己的病情，而不至於作出草率的決定。事實上，正是因為這些社會條件，荷蘭的安樂死制度方才切實可行。

從理論的觀點說，荷蘭的安樂死法律的倫理基礎無非有二點：其一是尊重病患的自主權，其二是尊重醫師的專業自主權。由於抬高這二項倫理原則的優先地位，對同以尊重生命為主要原則的國際法和醫療倫理學而言，這一安樂死法律都具有顛覆性質。有關國際法部分，論者以為，荷蘭的安樂死法律違反聯合國的「公民權與政治權國際公約」(ICCPR)第 6 條和「歐洲人權公約」(ECHR)第 2 條的「尊重生命」原則。不過，這一說法是有爭議的，荷蘭外交部提出的說帖即指出，相關的國際公約只是主張政府組織無權在違反個人意願的情況下奪去其生命，而未全面禁止在要求下結束生命或協助自殺。因此，荷蘭的安樂死法律並未違反國際公約（註九）。

至於在醫療倫理學方面，這一安樂死法律的衝擊點有三：其一，顛覆「尊重生命」原則的絕對地位；其二，重新解釋生命概念的內涵，從傳統的生物學解釋轉而強調生命的意義或價值，並將判定生命價值的權利交付病患手中；其三，顛覆醫師的傳統醫療角色，醫師不但是治療者，也可以是殺害者。在這三點衝擊中，以第三

者居於關鍵，同時也引起較大質疑，即：荷蘭的安樂死法律其實立足於一內在衝突的概念之上，理由是：依據傳統的醫療倫理學，醫師的職責是一體的兩面，從正面說，醫師有義務救死扶傷，從反面說，醫師被禁止刻意傷害病患，更別說殺害病患。正因這二方面規範的結合，才使得醫師成為值得尊敬的社會角色。然而，荷蘭的安樂死法律卻解除禁制規範，在殺害病患方面賦予醫師自主權，醫師因而具有二種相悖的身分，他可以是治療者，也可以是殺害者，這顯然與傳統的醫師形象相扞格，同時也使得醫師的自我認同出現內在衝突。針對這一批評，我們可以回應如下：醫師的職責確是在救死扶傷，並絕對禁止傷害病患，亦即以保存生命為優先，但這是就平常情況而說的，在特殊情況下，當用盡一切醫療手段仍無法治癒疾病時，醫師可以減輕難以容忍的病痛為優先，而安樂死是一有效手段。換言之，荷蘭的安樂死法律在取消「尊重生命」原則的絕對性的前提下，容許醫師遭遇特殊情況時，以減輕病痛來證成其安樂死的行為（此外，還需病患的自願要求，安樂死才能得到充分證成）因此，醫師的這二種身分不但各有其合理定位，而且是並行不悖的。

這一說法或可紓解醫師身分的內在衝突，但不免還是會衍生二個問題：其一，儘管醫師的殺害者角色能夠得到證成，並與其治療者角色有清楚的區隔，但在社會大眾眼中，醫師的角色定位還是蒙上了陰

影。在 1990 年，荷蘭病患協會設計出一種小卡片，上載簽署人被送進醫院時，不得施以結束其生命的療程之內容，許多荷蘭人隨身攜帶並視之為救命卡，他們認為這是避免在醫院裡被不當殺害的必要措施。1993 年，基督教老人協會針對 2066 名老人進行保健調查，其中有 10 % 的老人表達對荷蘭的安樂死政策的恐懼，他們擔心有一天他們會因為年紀的緣故而被不自願地殺害。（註十）由以上二例，可見安樂死政策對社會大眾所造成的心理威脅。其二，按照荷蘭的安樂死法律的設計，安樂死的執行和通報都歸同一醫師負責，這是將制度的成敗繫於醫師個人的良知，雖然法律訂有配套的安全措施，即另一醫師的見證和審查委員會的監督，但醫師如私德有虧或別有居心，而有意將案件匿而不報或偽造病患的死亡證明（註十一），那麼攸關生死的大事便在黑箱中進行，其中的流弊可想而知。

上述問題屬於人為弊端，由於發生案例不多，對荷蘭的安樂死制度並未造成重大威脅。這一制度最令人擔憂的缺陷，其實是所謂的滑坡效應，不幸地，這在荷蘭早已悄然成形。在 1990 年，荷蘭政府首度設立委員會調查安樂死的施行情況，1991 年調查結果出爐，通稱雷門林克報告（Remmelink report）。報告中指出，在 1990 年，荷蘭有 2300 人死於自願主動安樂死，佔全國死亡人數的 1.8%，有 400 人死於醫助自殺，佔 0.3%，有 1040 人死

於非自願安樂死（其中 14 % 的病患具有充分的心智能力，72% 的病患從未要求結束其生命，8% 的案例是在醫師明知有其他醫療可能性的情況下施行的），佔 0.8%，有 8100 人死於減痛劑用藥過度（其中有 4941 人死於醫師加重藥劑但未經病患同意），佔 17.5%。除此之外，另有數千件未經病患同意而不予或停止維生系統的案例，以及許多給予殘障嬰兒、重症兒童安樂死的案例。（註十二）從以上數據，可見荷蘭確實出現安樂死制度的滑坡現象，亦即從原先受到容忍的安樂死行為，滑轉到被禁止安樂死的領域，並有益形擴大的趨勢，這是一項警訊，警告荷蘭人全面納粹化的惡夢恐將成真。在 1995 年，荷蘭政府又一次進行類似的調查研究，結果顯示情況依舊，滑坡現象仍然蔓延著。或許這就是荷蘭政府此後積極推動安樂死立法的主因，希望藉由司法管制來遏止安樂死的不當濫用。然而，司法的力量是否奏效，社會的控制能否挽回狂瀾，還有待後續的觀察。

## 伍、結語

安樂死是一樁生死大事，任何國家在面對此一棘手難題時都不敢輕易鬆手，惟恐一旦容許安樂死，便猶如打開潘朵拉的盒子，少數人的生死問題或可得到合法的解決，對社會卻可能帶來翻天覆地的影響。荷蘭走在時代的前沿，領先世界各國率先實施安樂死制度，就其國內情勢與歷史發展而言，固有其不得不然的因由，但

在順應民情之後，荷蘭卻飽嘗著滑坡效應的苦果。如何解開此一困局，是荷蘭人無法迴避的時代課題，而對局外人而言，我們又可以從中學習到什麼呢？首先，在安樂死的倫理議題為充分釐清，且社會大眾未多數認同之前，切勿莽撞實施安樂死制度；其次，為預防可能的流弊，適當的社會環境（例如完善的全民健保制度、密切的醫病關係、令人信賴的醫德）是實施安樂死制度的必要條件；第三，為避免黑箱作業，必須設置審查監督機制，並使執行者和通報者分離；最後，將滑坡效應列入重點評估項目，審慎評估社會是否足以承受滑坡效應的衝擊。

## 註釋：

註一：在這裡有二點必須說明：其一，荷蘭乃是將安樂死除罪化，而非合法化，依據荷蘭新修訂的刑法，安樂死依舊是非法行為，但在罪行的懲罰方面卻允許一例外情況，亦即安樂死的執行者如為醫師可不予懲罰，條件是他必須遵守相關的法律規定。其二，我們說荷蘭是全球第一個將安樂死除罪化的，乃是就現代國家而言，若就地區而言，則其前已有澳洲北領地和美國奧勒岡州通過類似法律。

註二：這是由鹿特丹的 the Erasmus Institute 所做的調查，引用之數據請見 [http://www.ortl.org/life\\_in\\_oregon/9\\_10/holland.html](http://www.ortl.org/life_in_oregon/9_10/holland.html)

註三：在納粹德國佔領期間，荷蘭醫生拒絕加入納粹的安樂死計畫，並公開違抗要求他們對有復原希望的病患加以安樂死的命令，相關資訊可見 <http://www.internationaltaskforc.org/fcthall.htm>

註四：'Review procedures of termination of life on request and assisted suicide and amendment to the Penal Code and the Burial and Cremation Act (Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act)'

註五：本法案全文請見 World Federation of Right to Die Societies 之網站，網址為 <http://www.worldrtd.org/dutchlaw.html>

註六：關於安樂死，我們可以依導致死亡的方式來分類，因此有被動的（撤除醫療致死）和主動的（主動地致死）之區別；此外，也可依病患的意願來分類，因此有自願的（病患能給出意願）和非自願的（nonvoluntary，病患不能給出意願）或不自願的（involuntary，病患無意願）之區別。結合這兩組分類方式，可以得出四種安樂死型態，即：自願被動安樂死（拒絕治療致死）、自願主動安樂死（經病患同意後致死）、非自願被動安樂死（未經病患同意撤除治療致死）和非自願主動安樂死（未經病患同意致死）。 *Life and Death: A Reader*

*in Moral Problems*, ed. Louis P. Pojman (Jones and Bartlett Publishers, 1993), p.230.

註七：下文有關荷蘭的安樂死議題的發展之敘述，為免煩瑣起見，將不隨文一一註解，參考文獻請見 Rob Houtepen, "The Social Construction of Euthanasia and Medical Ethics in the Netherlands", *Bioethics and Society: constructing the Ethical Enterprise*, ed. Raymond DeVries and Janardan Subedi (Prentice Hall, 1998), pp.117-144.

註八：以上資訊請見 <http://www.euthanasia.org/dutch.html> 和 <http://www.worldrtd.org/SV4netherlnds.html>

註九：相關討論請見荷蘭外交部網站，網址為 <http://www.minbuza.nl/english/Content.asp?Key=413299&Pad=257570,257588,257609,405188,413077>

註十：相關資訊請見 <http://www.internationaltaskforce.org/fcthall.htm>

註十一：根據調查，在荷蘭有極為可觀的安樂死案件，執行醫師為省卻文書作業的麻煩或逃避審查委員會的監督，故意偽造病患的死亡證明書，把病患的死因改為自然死亡，見 <http://www.internationaltaskforce.org/fcthall.htm>

註十二：相關資訊可見 <http://www.internationaltaskforce.org/fcthall.htm>